

**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Enfermería de Huesca**

**Trabajo Fin de Grado**

**Revisión bibliográfica:** *Intervenciones de enfermería en el embarazo encaminadas a mejorar su evolución y los resultados en el parto.*

**Autora:** Raquel Delgado Diéguez

**Directora:** Nuria Puig Comas

**Curso:** 2020/21

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
OBJETIVOS .....	8
METODOLOGÍA.....	8
DESARROLLO .....	11
CONCLUSIONES .....	18
BIBLIOGRAFÍA .....	20
ANEXOS .....	27

## RESUMEN

**Introducción:** en la actualidad, la mortinatalidad y la muerte materna y neonatal se conforma como una máxima problemática mundial, puesto que, a pesar de los avances científicos y sanitarios, las cifras de estos fenómenos no están disminuyendo en los últimos años. La situación podría mejorar con los cuidados enfermeros idóneos, pero actualmente no existen modelos estandarizados y efectivos que permitan disminuir las cifras.

**Objetivo:** definir las intervenciones de enfermería que se deben implementar durante el embarazo y en el parto para mejorar la salud materno-infantil.

**Metodología:** se llevó a cabo una revisión bibliográfica de referencias publicadas en los últimos cinco años en bases de datos electrónicas, utilizando para ello términos clave y operadores booleanos. También se utilizaron guías como la publicada por la Organización Mundial de la Salud.

**Desarrollo:** se identificaron cuatro grupos de intervenciones para implementar durante el embarazo y parto: (1) para mejorar la comunicación efectiva entre el equipo de enfermería y mujeres embarazadas: empatía, comprensión, escucha, etc. pero no existe evidencia científica que las avale; (2) educativas: sólo algunas demuestran evidencia científica, tales como implementar programa de educación prenatal, ayuda en toma de decisiones, técnicas de respiración/relajación y educación individualizada; (3) nutricionales: sólo suplementación con hierro y ácido fólico parece ser beneficioso de forma evidente; y (4) para fomentar la percepción positiva de la experiencia de parto: intervenciones de apoyo durante el parto (con intervención mínima) y preparación al mismo y a complicaciones han demostrado ser eficaces.

**Conclusiones:** son numerosas las intervenciones enfermeras que se están diseñando e implementando durante el embarazo y el parto, pero son escasas las que demuestran con evidencia científica ser eficaces. Se necesita más investigación.

**Palabras clave:** cuidados enfermeros; embarazo; intervención; mortalidad materna; mortalidad neonatal; neonato; parto.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** at present, stillbirth and maternal and neonatal death is a major global problem, since despite scientific and health advances, the numbers of these phenomena have not decreased in recent years. The situation could improve with the appropriate sick care, but currently there are no standardized and effective models that allow reducing the numbers.

**Objective:** to define the nursing interventions that should be implemented during pregnancy and delivery to improve maternal and child health.

**Methodology:** a bibliographic review of references published in the last five years in electronic databases was carried out, using key terms and Boolean operators. Guidelines such as the one published by the World Health Organization were also used.

**Development:** four groups of interventions were identified to implement during pregnancy and delivery: (1) to improve effective communication between the nursing team and pregnant women: empathy, understanding, listening, etc. but there is no scientific evidence to support them; (2) educational: only some show scientific evidence, such as implementing a prenatal education program, decision-making assistance, breathing / relaxation techniques, and individualized education; (3) nutritional: only supplementation with iron and folic acid seems to be clearly beneficial; and (4) to promote a positive perception of the birth experience: supportive interventions during labor (with minimal intervention) and preparation for labor and complications have been shown to be effective.

**Conclusions:** there are numerous nursing interventions that are being designed and implemented during pregnancy and childbirth, but there are few that demonstrate with scientific evidence to be effective. More research is needed.

**Keywords:** nursing care; pregnancy; intervention; maternal mortality; neonatal mortality; neonate; Birth.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso natural del organismo femenino que conlleva alteraciones de tipo fisiológico, social y emocional y, además, en cada etapa del mismo difieren, siendo categorizado como un embarazo saludable aquel en el que su propia evolución no repercute de forma negativa en la mujer ni en el feto / recién nacido (1). El nacimiento de un bebé es una etapa de muy feliz en la vida de las mujeres, sin embargo, suele obviarse y subestimarse, que existen riesgos tanto para la madre como para el hijo que pueden causar secuelas de por vida e incluso la muerte (2,3).

A pesar de los avances sanitarios de las últimas décadas, las cifras de morbilidad y mortalidad maternas durante el embarazo son un grave problema sanitario mundial (4), que además están en aumento (5). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017 murieron con relación al embarazo cerca de 295.000 mujeres (6), y se estima que el 94% de los fallecimientos son en países en vías de desarrollo (7); así, la mortalidad y la morbilidad se relacionan con el nivel de ingresos estatales (5). Por otro lado, anualmente mueren en el mundo alrededor de 2,6 millones de recién nacidos durante sus primeros 28 días (2,8), existiendo diferencias significativas según índices de pobreza de los países (2,9).

La mayor parte de los fallecimientos maternos durante el embarazo y el parto son debidos a hemorragias, procesos infecciosos, abortos de alto riesgo, eclampsia o complicaciones por patologías previas que empeoran y/o complican la gestación (10,11), y en términos de morbilidad materna grave, las etiologías principales parecen ser la hemorragia obstétrica relevante y trastornos de tipo hipertensivo (5). En el caso de las causas de muertes neonatales, está siendo demostrado que se relacionan fuertemente con las condiciones de vida y salud materna e infantil, la situación económica y el acceso a la atención médica, así como también con condiciones biológicas como la edad gestacional, el peso al nacer y el índice de Apgar (12,13).

En el caso de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal, se considera que los factores prevenibles más comunes parecen estar relacionados con los cuidados sanitarios recibidos (5,14), existiendo un consenso internacional que afirma que un alto porcentaje de consecuencias adversas podrían ser evitadas si los cuidados sanitarios fueran implementados en cantidad y calidad idónea (15,16).

En los últimos años se están diseñando diversos modelos de atención para implementación durante el periodo de embarazo y parto, pero existe un gran dilema entre efectividad clínica y costes en función de los diferentes modelos de atención aplicados en maternidad (15,17), existiendo un continuo debate sobre cuál es el modelo óptimo para mujeres gestantes sanas en la atención prenatal, durante el parto y puerperal (18,19).

Aunque no exista un modelo consensuado eficaz de cuidados durante el periodo reproductivo y alumbramiento, sí que se establece una categorización en función del nivel del tipo de medida propuesta (20) (Tabla1):

Tipo de medida	Destinatarias	Objetivo
Primer nivel	Todas las mujeres	Prevenir y/o reducir riesgos
Segundo nivel	Mujeres con factores de riesgo	Eliminar o disminuir en la mayor medida posible el riesgo que ya existe.
Tercer nivel	Todas las mujeres (después del parto)	Mejorar los resultados de los recién nacidos.

Tabla 1. Tipos de medidas en función del nivel de implementación en período perinatal.

En las décadas previas los esfuerzos iban encaminados hacia las intervenciones del tercer nivel (terciarias), pero las cifras permanecían elevadas, por lo que en los últimos años se aboga por el diseño e implementación de medidas del primer y segundo nivel con objeto de prevenir los problemas asociados al periodo reproductivo y al periodo perinatal tanto para la madre como para el feto / recién nacido (21). Las mujeres disponen de grandes opciones actualmente, las cuales pueden llevarse a cabo antes del embarazo o durante el mismo, por ejemplo, la administración de ácido fólico como medida preventiva de primer nivel (22). Otras intervenciones de primer o segundo nivel usuales son la educación para la salud (donde las intervenciones dietéticas y de actividad física son cruciales), la educación para prevenir patologías obstétricas y detectar de forma precoz complicaciones y enfermedades que puedan acontecer, la educación de preparación para el parto y sus posibles complicaciones (23).

Cabe destacar la "Guía de recomendaciones de la OMS en cuidado prenatal para una experiencia de embarazo positiva" (2016), donde se presenta que los componentes de atención prenatal incluyen: identificación de riesgos, prevención y manejo de embarazos relacionados o concurrentes con enfermedades, y educación y promoción de la salud (23). Estos cuidados podrían reducir la

morbilidad materna y perinatal y la mortalidad tanto directamente, a través de la detección y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo, como indirectamente, a través de la identificación de mujeres con mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante el trabajo de parto, asegurando así la derivación a un nivel de atención adecuado (15,24).

En todo este contexto, el equipo de enfermería juega un papel crucial, por lo que la investigación y la promoción acerca de los cuidados perinatales, se conforman como de máxima necesidad para poder ofrecer los más efectivos que permitan paliar la ardua realidad en términos de morbilidad y mortalidad durante el periodo reproductivo y alumbramiento (25). Muestra de la importancia de la enfermería es que se está desarrollando una Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería con el objetivo de recopilar toda la documentación referente a los cuidados en mujeres embarazadas. Esta iniciativa permite el estudio de las relaciones entre los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y los resultados con objeto de mejorar las prácticas, las decisiones de gestión de la atención médica y el desarrollo de políticas (26,27).

Sin embargo, a pesar de la gran cantidad y diversidad de recomendaciones en términos de intervención prenatal con objeto de mejorar las cifras de mortalidad y morbilidad durante el embarazo y el parto, la realidad es que no se conoce con exactitud la evidencia científica de muchas de ellas, hecho que podría estar contribuyendo a que la problemática continúe posicionada como de foco de máxima preocupación tanto en países en vías de desarrollo y subdesarrollados como en países desarrollados (aunque a menor escala).

Se considera crucial conocer qué intervenciones enfermeras encaminadas a mejorar la situación tanto de la madre como del feto durante la atención materno-infantil y el nacimiento están demostrando ser eficaces en los últimos años, puesto que, a pesar de las muchas recomendaciones por parte de organismos sanitarios oficiales, investigadores especializados en la temática y profesionales sanitarios, aún no se ha demostrado con evidencia científica qué modelo de atención es más eficaz.

## OBJETIVOS

General:

- Definir las intervenciones de enfermería que se deben implementar durante el embarazo y en el parto para mejorar la salud materno-infantil.

## METODOLOGÍA

Se hizo una búsqueda bibliográfica retrospectiva exhaustiva de los estudios en bases de datos electrónicas: PubMed, Web of Science (WOS), Medline y Scielo. El periodo de búsqueda se realizó durante diciembre de 2020. Los términos de búsqueda utilizados fueron (Tabla 2):

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	<i>Medical Subjects Headings (MeSH)</i>	Términos del lenguaje libre (inglés y castellano)
Rol de enfermera	<i>Nursing care</i>	<i>Nurse</i>
Embarazo	<i>Perinatal mortality</i>	<i>Antenatal care</i>
Recién nacido	<i>Fetal mortality</i>	<i>Interventions</i>
Mortalidad perinatal	<i>Maternal mortality</i>	Enfermería
Mortalidad fetal	<i>Newborn</i>	Mortalidad maternal
Morbilidad	<i>Morbidities</i>	Parto
	<i>Birth</i>	Intervención
	<i>Pregnancy</i>	

Tabla 2. Términos de búsqueda utilizados.

Las ecuaciones de búsqueda en cada base de datos, los resultados tras aplicación de filtros y trabajos usados se observan en la Tabla 3. También se realizó una búsqueda manual en bibliotecas y páginas web para obtener distintas guías de práctica clínica, apareciendo los resultados integrados en Tabla 3.



Fuentes de información	No. de ecuación	Ecuación de búsqueda	Resultados tras aplicar los límites	Trabajos utilizados
Base de datos electrónicas	Pubmed	#1 ("nursing care" OR "nurse") AND interventions AND pregnancy	19	
		#2 "nursing care" AND newborn AND ("perinatal mortality" OR "fetal mortality")	7	
		#3 "nursing care" AND ("maternal mortality" OR morbidities) AND interventions AND pregnancy	67	
		#4 ("nursing care" OR nurse) AND "antenatal care"	13	
	Total		106	23
	WOS	#1 ("nursing care" OR "nurse") AND interventions AND pregnancy	21	
		#2 "nursing care" AND newborn AND ("perinatal mortality" OR "fetal mortality")	0	
		#3 "nursing care" AND ("maternal mortality" OR morbidities) AND interventions AND pregnancy	1	
		#4 ("nursing care" OR "nursin's role" OR nurse) AND "antenatal care"	15	
	Total		37	12
	Medline	#1 ("nursing care" OR "nurse") AND interventions AND pregnancy	18	
		#2 "nursing care" AND newborn AND ("perinatal mortality" OR "fetal mortality")	0	
		#3 "nursing care" AND ("maternal mortality" OR morbidities) AND interventions AND pregnancy	1	
		#4 ("nursing care" OR "nursin's role" OR nurse) AND "antenatal care"	13	
	Total		32	3
	Scielo	#1 (enfermería OR "rol de enfermera") AND intervención AND embarazo	0	
		#2 (enfermería OR "rol de enfermera") AND intervención AND parto AND ("mortalidad perinatal" OR "mortalidad fetal" OR "mortalidad maternal")	0	
		#3 (enfermería OR "rol de enfermera") AND intervención AND "recién nacido"	1	
		#4 (enfermería OR "rol de enfermera") AND intervención AND morbilidad AND "mortalidad maternal"	0	
	Total		1	0
<b>Total</b>			<b>176</b>	<b>38</b>
Otras fuentes	Biblioteca	Biblioteca Unizar: acceso a las bases de datos consultadas		
	Páginas Web	WHO / OMS		5
		NICHD		1
<b>Total</b>				<b>6</b>
<b>TOTAL REFERENCIAS</b>				<b>44</b>

Tabla 3. Resultados de la estrategia de búsqueda.

La selección de estudios se ha llevado cabo mediante los siguientes criterios (Tabla 4).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Fecha de publicación: entre 2016 y 2021 (últimos 5 años)	Antigüedad mayor a cinco años
Idioma de publicación: inglés o castellano	Idiomas distinto al castellano e inglés
Acceso al trabajo: trabajos publicados a texto completo	

Tabla 4. Criterios de inclusión y exclusión de estudios.

En la Figura 1 se presenta el diagrama de flujo que se ha llevado a cabo para la selección final estudios que conforman la revisión:

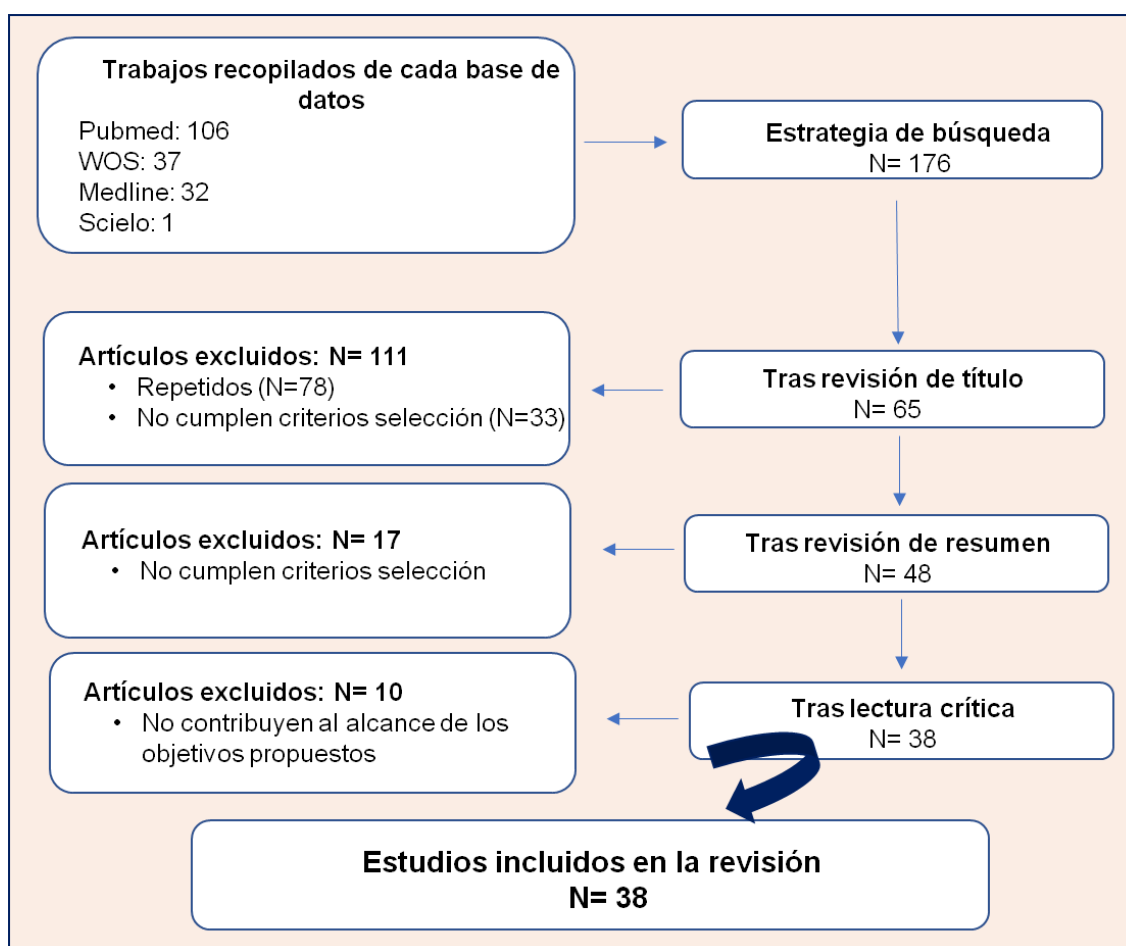


Figura 1. Flujo de selección de estudios. Fuente: elaboración propia.

## **DESARROLLO**

En las causas que generalmente conllevan la morbilidad y mortalidad tanto en mujeres embarazadas como en los fetos / recién nacidos, los cuidados sanitarios se posicionan como el eje principal. Una falta o escasez de los mismos, un coste económico elevado que impide sus beneficios y / o cuidados de calidad deficiente se relacionan de forma directa con la mortalidad maternal en el embarazo o parto (8,9,12).

En todo ello, los profesionales de enfermería tienen un papel crucial (25,26), y son numerosos los tipos de intervenciones que en los últimos años se están proponiendo, siendo las principales según la revisión realizada, las que se exponen a continuación.

### **INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y LAS MUJERES EMBARAZADAS**

La importancia de la comunicación eficaz en la asistencia sanitaria se ha reconocido desde hace mucho tiempo, por lo que la formación y la evaluación de las habilidades comunicativas se incluyen en los planes de estudios de enfermería (28). En maternidad, la comunicación se cita constantemente como un componente de una atención de alta calidad en los principales programas estratégicos, con objeto de mejorar las experiencias de las mujeres y otros resultados de la atención perinatal, incluido el Marco de calidad de la atención de la OMS para la salud materna y neonatal (27), siendo la figura enfermera crucial (26).

Sin embargo, la literatura aún es escasa y con falta de evidencia científica en el contexto del cuidado de la maternidad y la influencia de la comunicación durante el parto. A pesar de ello, uno de los dominios del cuidado respetuoso identificados en un estudio de evidencia cualitativa reciente fue "entablar una comunicación eficaz", que se evaluó como que incluye intervenciones como "hablar y escuchar a las mujeres", "practicar y fomentar la comunicación no verbal eficaz", "ser honesto", "disponibilidad de intérpretes debido al dominio del idioma y las diferencias culturales", y "proporcionar empatía". Estos temas

eran claramente importantes, pero se desconocía hasta qué punto las mujeres experimentaron este nivel de atención y cómo podrían ser apoyadas por sus proveedores. Además, hubo evidencia de que los impactos negativos del maltrato durante el trabajo de parto incluían un mayor riesgo de problemas asociados, tanto en el caso de la madre como, por extensión, en el feto (29).

También hay estudios que han explorado el papel de la comunicación en la provisión de cuidados respetuosos (30), pero es escasa la literatura donde se abordan intervenciones para mejorar dicha comunicación, habiendo además falta de evidencia (28). Asimismo, existe evidencia de baja calidad sobre la efectividad de la capacitación en habilidades comunicativas del personal de atención de maternidad. Las barreras potenciales para la implementación de intervenciones de este tipo deberían abordarse a nivel individual, del centro de salud y del sistema si se quieren lograr los resultados asociados con los beneficios, siendo algunas barreras (gran carga de trabajo) comunes en todos los entornos, mientras que otras como el papel de las mujeres en la sociedad son específicas de culturas o entornos particulares (28).

En otros estudios se explora hasta qué punto las mujeres, parejas y familias son capaces de “hablar” en determinadas situaciones como cuando las madres son conscientes de un deterioro en su salud o que su seguridad está en peligro/riesgo como consecuencia de que el personal no escuche y/o responda. Esta área de trabajo podría potencialmente apoyar la comunicación efectiva para mejorar tanto la experiencia de las mujeres como resultados del parto (31), pareciendo necesario realizar estudios sólidos que sean capaces de identificar las características de las intervenciones para apoyar la comunicación eficaz en la atención de la maternidad (28).

## INTERVENCIONES EDUCATIVAS

Las intervenciones enfermeras educativas específicas durante la gestación son también cruciales en aras de dilucidar su eficacia y relación con problemas durante el periodo reproductivo o nacimiento. En este contexto, se observó que las intervenciones educativas más abordadas son: (a)

Programa de educación prenatal para el parto fisiológico; (b) Educación prenatal sobre la preparación natural para el parto con entrenamiento en técnicas de respiración y relajación; (c) Taller de capacitación sobre el parto; (d) Educación prenatal para maridos de mujeres embarazadas; (e) Ejercicios de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico con seguimiento telefónico; (f) Programa de entrenamiento en relajación aplicada dirigido por enfermeras exclusivamente; (g) Programa de prevención psicosocial de pareja; (h) Psicoeducación por teléfono; (i) Psicoeducación; (j) Ayudas para la toma de decisiones basadas en computadora (programa de información, análisis de decisiones) *versus* cuidado usual; (k) Terapia de grupo intensiva (terapia cognitivo-conductual y psicoterapia del parto); (l) Folleto de ayuda para la toma de decisiones; (m) Educación de juegos de roles *versus* educación estándar mediante conferencias; (n) Ayuda interactiva para la toma de decisiones *versus* folletos educativos; (o) Programa de apoyo y educación prenatal individualizado *versus* información escrita en folletos (31). Sin embargo, en ningún caso se observó una alta eficacia de la intervención educativa en relación con mejoras en el embarazo ni en el parto; y sólo en cinco se observó una probabilidad de que el efecto sea sustancialmente moderado (31,32,33):

- Programa de educación prenatal para el parto fisiológico: en las clases se incluyeron cambios físicos y mentales de la madre, problemas comunes y complicaciones de la gestación y formas de solucionarlos, señales de advertencia en el embarazo, nutrición y ejercicio durante el periodo reproductivo y la lactancia, educación sobre el proceso del alumbramiento, y formas de afrontarlos, métodos no farmacológicos para el dolor y el papel de la pareja como entrenador durante el trabajo de parto. También hubo formación en respiración, relajación, técnicas de masaje y ejercicio especial.
- Ayuda para la toma de decisiones por ordenador *versus* cuidado usual: Un grupo recibe ayuda para la toma de decisiones por ordenador (en la casa de la mujer), usando programas de información y sitios *webs* que otorgan información y descripciones sobre los resultados para la madre y el bebé asociados con el parto vaginal planificado, la cesárea planificada y la cesárea de emergencia. El otro grupo reciben el nivel habitual de atención brindado por la obstetricia y el equipo sanitario. Se

observó que las ayudas para la toma de decisiones usando ordenador ayudan a las mujeres a decidir el tipo de alumbramiento.

- Educación prenatal sobre la preparación para el parto natural con entrenamiento en técnicas de respiración y relajación: información sobre métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y el papel de la pareja como entrenador durante el nacimiento. Hubo entrenamiento práctico en respiración, relajación y técnicas de masaje. Se proporcionó información sobre lactancia materna, pero no se abordaron otros problemas posnatales.
- Folleto de ayuda a la toma de decisiones elaborado utilizando el Marco de decisiones de Ottawa (Anexo I) como formato: en el folleto se incorporó información basada en evidencia, ilustraciones explícitas de probabilidad y ejercicios de aclaración de valores, y fue entregado a las 28 semanas de gestación.
- Programa de apoyo y educación prenatal individualizado *versus* información escrita en folletos: el grupo de apoyo individualizado lo conformaron dos personas, la enfermera con experiencia en instrucción prenatal y persona de recursos con habilidades de comunicación y la experiencia personal de un parto vaginal después de una cesárea. El grupo de mujeres que recibieron información escrita, ésta fue sobre los beneficios de parto natural *versus* cesárea electiva repetida. Los resultados indicaron que un apoyo educación prenatal individualizado aporta más beneficios que información escrita en folletos.

## INTERVENCIONES NUTRICIONALES

Otra de las tipologías de intervención durante el embarazo en las que enfermería ocupa un lugar fundamental, que está en proceso de actualización, es la nutricional, puesto que aporta beneficios tanto para la madre como para el feto / recién nacido. Una nutrición adecuada durante el período prenatal y los primeros años de vida es esencial para el desarrollo del cerebro y la función cognitiva (21,33,34).

Parece consensuado en la literatura científica que la suplementación con ácido fólico antes y durante el embarazo temprano (hasta las 12 semanas de

gestación) puede prevenir los defectos del tubo neural, también se sugiere que el déficit de folato puede asociarse a defectos neuroestructurales hasta alteraciones en las habilidades neuroconductuales y emocionales, incluidos los trastornos del espectro autista y otros trastornos del desarrollo (22).

Las intervenciones nutricionales ocupan un lugar privilegiado, siendo recomendadas para la totalidad de mujeres las siguientes (23):

- Intervenciones dietéticas, en el caso de mujeres sin riesgo conocido, se propone un asesoramiento sobre alimentación saludable y actividad física durante el embarazo para que se mantengan saludables y prevenir el sobrepeso que podría conllevar problemas.
- Suplementación con hierro y ácido fólico: se recomienda ingesta oral diaria de hierro y ácido fólico con 30 mg a 60 mg de hierro elemental y 400 g (0,4 mg) de ácido fólico. El objetivo es prevenir anemia materna, sepsis puerperal, bajo peso al nacer y parto prematuro.

Otros estudios también apoyan un incuestionable impacto positivo de la suplementación con hierro y ácido fólico en varios resultados del nacimiento y, en la reducción de partos prematuros (35); sin embargo, no se encontraron relaciones (ni positivas ni negativas) entre la suplementación de este tipo y los resultados de mortalidad (mortinatos, mortalidad perinatal y neonatal), en consonancia con otros trabajos. El papel de otros nutrientes dietéticos sigue sin estar claro (36); y la suplementación debe realizarse solo en casos concretos: el calcio solo en mujeres con baja ingesta dietética del mismo y Vitamina A cuando viven en áreas donde existe deficiencia (23). Se ha observado que deficiencias de folato materno, vitamina A y la energía total de carbohidratos durante el embarazo se asocian con impactos perjudiciales en la estructura y función renal, pero se requieren estudios prospectivos longitudinales y experimentales para confirmarlo (37).

Por otro lado, entre los grupos de alimentos y bebidas, la leche y los productos lácteos se han propuesto como elementos que pueden jugar un papel muy importante en el logro de que la madre proporcione los nutrientes necesarios para un desarrollo fetal idóneo y una buena salud y calidad de vida tanto en la infancia como en la etapa adulta posterior. El aspecto positivo de la leche en este sentido podría deberse a su alta densidad y biodisponibilidad

de nutrientes, así como a su disponibilidad y consumo generalizado. Sin embargo, en una reciente revisión se concluyó que estos consumos parecen estar relacionados con los resultados del embarazo y lactancia, aunque no se conoce con exactitud (38).

El yodo es otro elemento en estudio, teniendo en cuenta que durante el embarazo se producen importantes alteraciones en la función tiroidea como consecuencia de demandas metabólicas y cambios hormonales, aumentando las necesidades de este elemento, pero hay controversia acerca de la necesidad o no de suplementar, pues parecen existir tanto beneficios como riesgos (39).

La OMS indica que suplementación con hierro no es necesaria durante el embarazo de forma generalizada (40,23). Además, el protocolo de dicha suplementación no está claro, habiéndose observado que pautas intermitentes produjeron resultados maternos e infantiles similares a la toma de una dosis diaria, pero se asociaron con menos efectos secundarios y redujeron el riesgo de niveles altos de hemoglobina a mediados y finales del embarazo, aunque aumentó el riesgo de anemia leve cerca del término (41).

#### INTERVENCIONES QUE FOMENTAN LA PERCEPCIÓN POSITIVA DE LA EXPERIENCIA DEL PARTO

Aunque la literatura científica es más escasa, las intervenciones que contribuyen a que la mujer tenga una percepción positiva del parto parecen interesantes, puesto que se ha demostrado que una experiencia negativa se asocia con trastorno de estrés postraumático, interrupción de relaciones interpersonales, vínculo materno-infantil disfuncional, reducción de las tasas de lactancia materna y cuidado del recién nacido deficiente, miedo a otro parto y mayor deseo de una cesárea electiva. Por ello, los esfuerzos para prevenir un trauma entorno al nacimiento es una máxima en la actualidad (23,42).

Se identifican cuatro categorías de estrategias para mejorar la experiencia del parto, siendo las exitosas: (a) apoyar a las mujeres durante el parto; (b) atención intra-parto con intervención mínima; (c) preparación para el parto;



y (d) preparación para complicaciones. Además, se observó que la mayoría de las estrategias de relajación y alivio del dolor no tuvieron éxito para crear una experiencia positiva del parto (42). No obstante, estos resultados encuentran consonancia con otros estudios, pero también se enfrentan a controversias; por ejemplo, en el caso de la estrategia de apoyo a las mujeres durante el parto, hay estudios que han demostrado que el apoyo continuo (sobre todo de una persona cercana), fomenta una percepción positiva (43), pero otros no han encontrado diferencias (44). Esta controversia pudiera ser debida al entorno y al personal sanitario que interviene (43); por ello, antes de la implementación del acompañamiento, los investigadores y programadores sanitarios deben considerar los factores que pueden afectar (43).

## CONCLUSIONES

Las principales conclusiones son:

- (1) Las intervenciones para mejorar la comunicación son cruciales, debiendo partir los cuidados de enfermería de una comunicación efectiva y una relación interpersonal de empatía y comprensión, además, no sólo con la mujer embarazada, sino también con su pareja y/o familia. Sin embargo, no existe evidencia científica que avale intervenciones eficaces concretas.
- (2) Son escasas las intervenciones educativas que han demostrado ser efectivas en mujeres embarazadas; si bien, dentro de las que parecen tener mejores resultados está el implementar un programa de educación prenatal para el parto fisiológico y, además, individualizado, ayudar a la toma de decisiones utilizando el ordenador o folleto, preparar para el parto usando técnicas de respiración y relajación.
- (3) Existe consenso sobre la gran relevancia que la nutrición juega durante el embarazo (a corto y largo plazo) en el cuerpo de la madre y feto. Existe evidencia sobre el impacto positivo de la suplementación con hierro y ácido fólico en resultados del nacimiento, aunque no parece haber relación con la mortalidad del feto / recién nacido. En otras suplementaciones como la de yodo y vitamina A existe controversia.
- (4) El tipo de percepción (positiva o negativa) de la mujer embarazada sobre su estado y, sobre todo, acerca del parto, influyen en el transcurso del embarazo y parto. Una percepción negativa se relaciona con estrés postraumático, interrupción de relaciones interpersonales, deterioro del vínculo materno-filial, menor tasa de lactancia materna e inclusive escasez de cuidados al recién nacido, repercutiendo en el bienestar del bebé. Sin embargo, escasas intervenciones tienen validez científica como apoyar a las mujeres en parto, atención intra-parto con intervención mínima y preparación para parto y complicaciones.

- (5) Este trabajo aporta información interesante a la comunidad científica, puesto que se trata de una revisión muy actualizada sobre una temática que se configura como una grave problemática a nivel mundial. Últimamente se ha investigado mucho en este ámbito y es de vital importancia conocer aquellas intervenciones que parecen ser más eficaces.
- (6) Esta revisión bibliográfica contribuye a que los profesionales de Enfermería actualicen sus conocimientos y provean cuidados de calidad a las mujeres embarazadas encaminados a mejorar las cifras de morbi-mortalidad materno-infantil, además ayuda a empoderar y revalorizar la propia figura profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amorim TV, Souza IE, Moura M, Queiroz AB, Sallmena A. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enfermería Global*. Revista electrónica trimestral de Enfermería. [internet]. 2017 [citado 27 enero 2021]; 46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00500.pdf>
2. World Health Organization (WHO). La verdadera magnitud de la mortinatalidad y la muerte materna y neonatal está subestimada, [Internet]. World Health Organization. 2016 [citado 27 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-08-2016-true-magnitude-of-stillbirths-and-maternal-and-neonatal-deaths-underreported>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo. [Internet]. 2021. [citado 28 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
4. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Los científicos de los NIH solicitan una investigación coordinada para mejorar la salud relacionada con el embarazo en los Estados Unidos [Internet]. 2019. [citado 28 enero 2021]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/noticias/prensa/090419-morbilidad-maternas>
5. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018;15(Suppl 1):98.

6. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. [Internet]. 2019 [citado 16 enero 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>
7. World Health Organization (WHO). Maternal mortality [Internet]. World Health Organization. 2019 [citado 16 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
8. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 16 enero 2021];387(10018):587–603. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26794078/>
9. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 16 enero 2021];387(10019):691–702. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26794070/>
10. Durmaz A, Komurcu N. Relationship Between Maternal Characteristics and Postpartum Hemorrhage: A Meta-Analysis Study. *J Nurs Res*. 2018;26(5):362-372.
11. Oliveira-Neto AF, Parpinelli MA, Costa ML, et al. Prediction of Severe Maternal Outcome Among Pregnant and Puerperal Women in Obstetric ICU. *Crit Care Med*. 2019;47(2):e136-e143.
12. Demitto MO, Gravena AA, Dell'Agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03208.

13. International Stillbirth Alliance Collaborative for Improving Classification of Perinatal Deaths, Flenady V, Wojcieszek AM, et al. Classification of causes and associated conditions for stillbirths and neonatal deaths. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2017;22(3):176-185.
14. Basu MN, Johnsen IBG, Wehberg S, Sørensen RG, Barington T, Nørgård BM. Causes of death among full term stillbirths and early neonatal deaths in the Region of Southern Denmark. *J Perinat Med.* 2018;46(2):197-202.
15. Kinney MV, Walugembe DR, Wanduru P, Waiswa P, George AS. Implementation of maternal and perinatal death reviews: a scoping review protocol. *BMJ Open.* 2019;9(11):e031328.
16. Sauvegrain P, Carayol M, Piedvache A, et al. Understanding high rates of stillbirth and neonatal death in a disadvantaged, high-migrant district in France: A perinatal audit. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020;99(9):1163-1173.
17. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 16 enero 2021];387(10018):604–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26794073/>
18. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [citado 16 enero 2021];4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>
19. Lori JR, Perosky J, Munro-Kramer ML, Veliz P, Musonda G, Kaunda J, Boyd CJ, Bonawitz R, Biemba G, Ngoma T, Scott N. Maternity waiting homes as part of a comprehensive approach to maternal and newborn care: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;4;19(1):228.

20. Romero R, Conde-Agudelo A, El-Refaie W, et al. Vaginal progesterone decreases preterm birth and neonatal morbidity and mortality in women with a twin gestation and a short cervix: an updated meta-analysis of individual patient data. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;49(3):303-314.
21. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [citado 16 enero 2021];11. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012505.pub2/full>
22. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3):CD004905.
23. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. World Health Organization. 2016 [citado 30 enero 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/admin/Downloads/9789241549912-eng.pdf>
24. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [citado 16 enero 2021];4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/information/es>
25. Contreras M, Guaymás M. Cuidados de enfermería para un trabajo de parto humanizado. *Notas de Enfermería.* 2017;17(29):10-18. Disponible de <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/21688/21412>.

- 26.Liu L, Coenen A, Tao H, Jansen KR, Jiang AL. Developing a prenatal nursing care International Classification for Nursing Practice catalogue. *Int Nurs Rev.* 2017;64(3):371-378.
  
- 27.Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery.* 2018;59:4-16.
  
- 28.Shakibazadeh E., Namadian M., Bohren M.A., Vogel J.P., Rashidian A., Pileggi V.N., Madeira S., Leathersich S., Tunçalp O., Oladapo O.T., Souza J.P., Gülmezoglu A.M. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology.* 2017
  
- 29.Vogel J, Bohren M, Tunçalp O., Oladapo O, Gülmezoglu A. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2016;123:671–674.
  
- 30.Carter W., Bick D., Mackintosh N., Sandall J.A. Narrative synthesis of factors that affect women speaking up about early warning signs and symptoms of pre-eclampsia and responses of healthcare staff. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2017;17:63.
  
- 31.Chen I, Opiyo N, Tavender E, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9(9):CD005528.
  
- 32.Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, EsmaeiliVardanjani A, Rafiei H. Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: A randomized controlled trial. *Journal of Family and Reproductive Health* 2016;10(3):115-21.

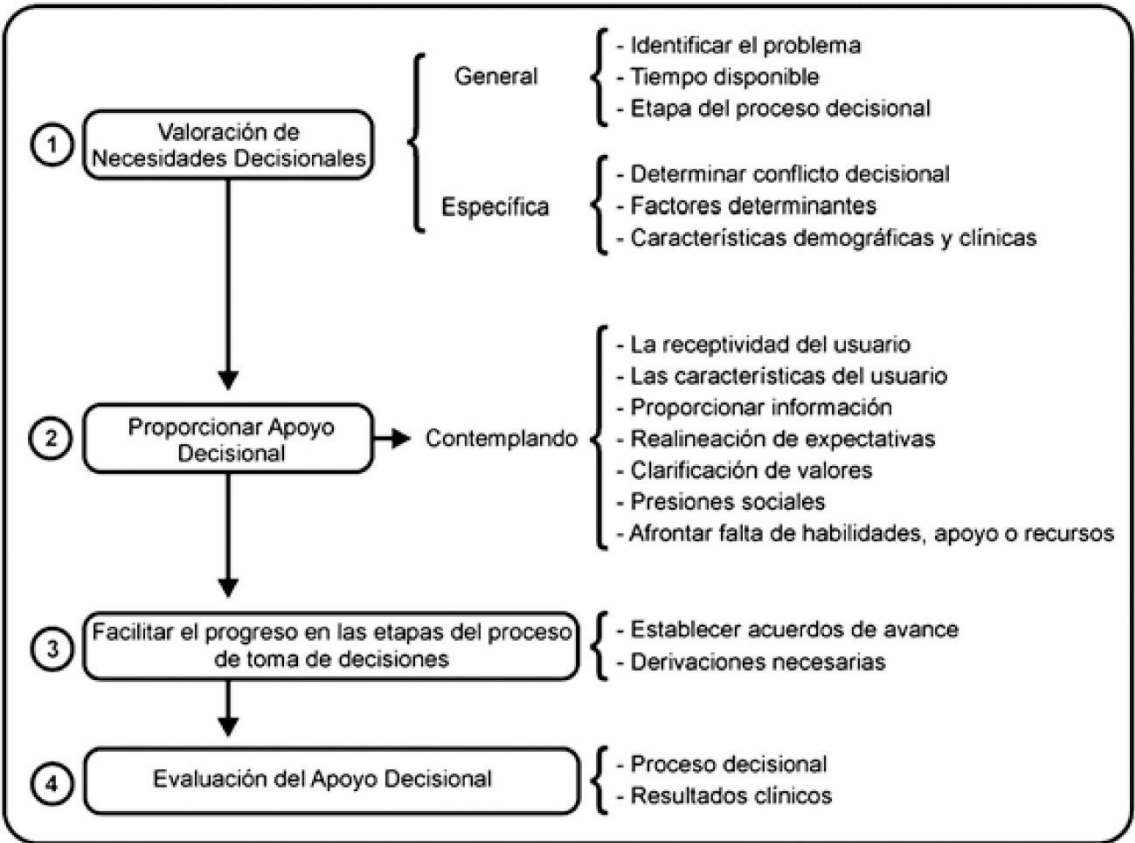


33. Taylor RM, Fealy SM, Bisquera A, et al. Effects of Nutritional Interventions during Pregnancy on Infant and Child Cognitive Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2017;9(11):1265.
34. Gao Y, Sheng C, Xie RH, et al. New Perspective on Impact of Folic Acid Supplementation during Pregnancy on Neurodevelopment/Autism in the Offspring Children - A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(11):e0165626.
35. Lee YQ, Collins CE, Gordon A, Rae KM, Pringle KG. The Relationship between Maternal Nutrition during Pregnancy and Offspring Kidney Structure and Function in Humans: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018;10(2):241.
36. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD004905.
37. Achón M, Úbeda N, García-González Á, Partearroyo T, Varela-Moreiras G. Effects of Milk and Dairy Product Consumption on Pregnancy and Lactation Outcomes: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2019;10(suppl\_2):S74-S87.
38. Othman SME, Steen M, Fleet JA, Jayasekara R. Healthy eating in pregnancy, education for midwives: A pre-post intervention study. *Eur J Midwifery*. 2020;4:20
39. Harding KB, Peña-Rosas JP, Webster AC, et al. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):CD011761.
40. Georgieff MK, Krebs NF, Cusick SE. The Benefits and Risks of Iron Supplementation in Pregnancy and Childhood. *Annu Rev Nutr*. 2019;39:121-146.

41. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD012449.
42. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafriz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*. 2018;15(1):73.
43. Olza I, Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One*. 2020;15(7):e0230992.
44. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD012449.

# **ANEXOS**

Anexo I. Marco de decisiones de Ottawa



**Ilustración 1.** Proceso de Apoyo Decisional.

Fuente: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000300462](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000300462)

